

WANEISSA KESYA MOREIRA GONÇALVES DA SILVA

**A INFLUÊNCIA DA TEORIA DE WINNICOTT NA CLÍNICA
CONTEMPORÂNEA COM CRIANÇAS AUTISTAS**

Brasília
2016

WANEISSA KESYA MOREIRA GONÇALVES DA SILVA

**A INFLUÊNCIA DA TEORIA DE WINNICOTT NA CLÍNICA
CONTEMPORÂNEA COM CRIANÇAS AUTISTAS**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientador: Profa. Dra. Dione de Medeiros Lula Zavaroni.

Brasília
2017

WANEISSA KESYA MOREIRA GONÇALVES DA SILVA

**A INFLUÊNCIA DA TEORIA DE WINNICOTT NA CLÍNICA
CONTEMPORÂNEA COM CRIANÇAS AUTISTAS**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como pré-requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso de
Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria
Psicanalítica.

Orientador: Profa. Dra. Dione de Medeiros
Lula Zavaroni

Brasília, 26 de abril de 2017.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Gilson Ciarallo

Prof. Dr. Lívia Milhomem Januário

AGRADECIMENTO(S)

Eu agradeço a Deus por me conceder a vida e aos meus pais, Gervásio Gonçalves da Silva e Etelia Vanja Moreira Gonçalves, por tonarem isso possível. Toda essa estrada só foi possível ser trilhada com o apoio deles. Meu pai com seu exemplo de força e determinação e minha mãe com sua sabedoria, doçura e garra.

À minha amada avó, Coracy Moreira Rodrigues, que já não se encontra entre nós por ter me mostrado as alegrias e os percalços de ser uma mulher com toda sua coragem e alegria de viver.

Ao meu namorado, Harrison Albert Rodrigues Pinheiro, pela compreensão, pelo apoio, por me acompanhar nos momentos de estudo, por sempre acreditar em mim e por ficar calmo mesmo nos meus momentos mais difíceis.

À Dona Catarina, praticamente da família, que se preocupa comigo e com minha alimentação sempre com muito carinho e paciência.

À minha analista, Cristina Ribeiro dos Anjos com toda sua presteza, paciência e docilidade.

Às maravilhosas e esclarecedoras supervisões com a Lívia Milhomen Januário, Nadja Oliveira Rodrigues, Alba Lúcia Dezan e Roberto Menezes.

À professora Lívia Milhomen Januário com suas aulas excepcionais sobre as contribuições de Winnicott, que me fizeram despertar um grande interesse no assunto.

À professora Dione Zavaroni por me ter aceito como orientanda e por todo auxílio, carinho e dedicação.

Aos meus amigos e amigas pela amizade e compreensão.

RESUMO

O analista ganha outro lugar na situação transferencial dentro da clínica psicanalítica com a criança autista, que se estende para além da função de intérprete, a partir do pensamento de Winnicott. Winnicott deu importância à relação primitiva entre mãe-bebê e ao ambiente para a constituição do sujeito. Dentre as suas ideias, enfatiza-se a questão do *holding*, o modelo da “mãe suficientemente boa” como um norteador da transferência e a importância dos vínculos sensoriais não verbais na relação transferencial. O objetivo do presente trabalho é realizar um estudo teórico sobre a clínica psicanalítica de crianças autistas a partir da obra de Winnicott e suas repercussões na clínica psicanalítica contemporânea com essas crianças. Foi realizada uma revisão bibliográfica de textos de Winnicott e de autores atuais que escrevem e utilizam a teoria dele. Aborda-se a importância dos vínculos sensoriais como o olhar e o corpo (JANUARIO, 2012), a relevância da sensoriedade da voz ao formar um ambiente *holding* sonoro (FONSECA, 2005) e o recurso técnico da imitação ao analista não-intérprete (TAFURI, 2003). Segundo essas autoras, todas essas formas de estar com a criança autista em análise permitem a formação de um ambiente de *holding*, o estabelecimento da relação analítica e a constituição psíquica do paciente.

Palavras-chave: Autismo. Psicanálise com crianças. Winnicott. *Holding*.

ABSTRACT

The analyst gains another place in the transferential situation with the autistic child, far beyond the function of an interpreter, from Winnicott's thought. Winnicott gave importance to the primitive relationship between mother-baby and the environment for the constitution of the subject. Among his ideas, he emphasizes the ideas of holding, the model of a "good enough mother" as a guide for the transference and the importance of non-verbal sensory links in the transferential relation. The objective of the present study is to perform a theoretical study on the psychoanalytic clinic of autistic children from Winnicott's work and its repercussions on the contemporary psychoanalytic clinic with these children. A bibliographical review was made of texts by Winnicott and current authors who write and use his theory. The importance of the sensorial links such the look and the body (JANUARIO, 2012), the relevance of the voice sensibility to form a sonorous holding environment (FONSECA, 2005) and the technical resource of the imitation to the analyst non-interpreter (TAFURI, 2003) will be addressed. According to these authors, all these ways of being with the child under analysis allow the formation of a holding environment, the establishment of the analytical relationship and the psychic constitution of the patient.

Keywords: Autism. Psychoanalysis with children. Winnicott. *Holding*.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA TEORIA DE WINNICOTT	10
1.1 A mãe suficientemente boa	10
1.2 Constituição psíquica para Winnicott	16
1.3 Funções maternas	20
2 O AUTISMO	23
2.1 Reflexões de Winnicott sobre o autismo	26
3 A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS AUTISTAS	31
3.1 A clínica psicanalítica de Winnicott	31
3.2 Reverberações winnicottianas para a clínica do autismo	35
CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41

INTRODUÇÃO

A clínica psicanalítica com criança teve início com Melanie Klein (1996) no tratamento bem-sucedido de uma criança de quatro anos, o Pequeno Dick. Apesar de Freud não acreditar na análise de pacientes isolados afetivamente, Klein tratou da criança com o método clássico, a interpretação. A síndrome do autismo infantil não era ainda conhecida na época e somente treze anos depois Léo Kanner (1997) descreveu a síndrome. A história clínica trazida por Klein assemelhava-se a descrição de Kanner (JANUARIO; TAFURI, 2010). No entanto, o termo autismo já era conhecido e empregado por Eugène Bleuler (1911) para referir-se ao mundo interno do esquizofrênico.

A noção de auto-erotismo de Freud e sua teoria da sexualidade infantil teve papel importante na criação do termo autismo. Freud (1911/1996) utilizou o adjetivo autístico para descrever uma fase do bebê de ensimesmamento da realidade externa na qual ele pode tomar o próprio corpo como objeto de satisfação prazerosa. Jung, preeminente assistente de Bleuler, não consentia com a suposição de Freud da relevância da sexualidade infantil na gênese das doenças mentais e juntamente com Bleuler subtraíram o Eros do conceito de auto-erotismo (aut-erotismo) de Freud, segundo Tafuri (2003).

Retirar o Eros desse conceito acarretou consequências na evolução do pensamento psiquiátrico e influenciou o pensamento de Kanner, que descreveu uma nova síndrome, o autismo infantil precoce. O autismo deixou de ser um sintoma secundário e tornou-se um sintoma primordial e patognomônico de uma síndrome na qual as crianças apresentam um isolamento autístico extremo desde o início da vida. Dessa forma, o autismo passou a descrever um déficit cerebral inato e biologicamente determinado. Ressaltando que Bleuler e Jung, diferentemente de Kanner, acreditavam que a fala aparentemente sem lógica do esquizofrênico possuía um sentido e, assim, trouxeram esperanças no prognóstico de seus pacientes.

Ao decorrer do tempo, o autismo passou a ser estudado a partir da constituição do sujeito e para além da questão genética no contexto psicanalítico e a prática clínica com a criança autista precisou reconsiderar a técnica psicanalítica clássica empregada com neuróticos e psicóticos.

Winnicott (1966/1997) interessou-se por essa clínica e começou a estudar as psicoses infantis a partir das relações mães-bebê, criticando o conceito de autismo de Kanner. Ele surpreendeu a todos em uma conferência proferindo que “o autismo, isso não existe” segundo Cavalcanti e Rocha (2001, p. 201). Ele quis dizer que o autismo-síndrome nomeava um fenômeno bastante conhecido na psiquiatria, o afastamento da realidade e o ensimesmamento, mas não trazia benefícios na compreensão e no tratamento dos distúrbios psíquicos graves em crianças.

A clínica psicanalítica com crianças atinge uma maior abertura com Winnicott e ele contribuiu de forma significativa para essa clínica. A sua noção de *holding*, a visão da relação transferencial para além da interpretação, o modelo de analista suficientemente bom e a importância dos vínculos sensoriais não verbais possuem grande valor. Ele questiona a função do analista intérprete de símbolos universais como o Complexo de Édipo ao invés de contemplar a história individual da criança e a ênfase recai sobre o manejo clínico, que é o cuidado dispensado ao paciente no setting, e sobre a relação analítica (JANUARIO; TAFURI, 2010).

Na visão de Winnicott, a clínica psicanalítica com crianças autistas deve priorizar a escuta da história singular do desenvolvimento da criança. O autismo pode ser entendido como um modo de subjetivação de acordo com Cavalcanti e Rocha (2001, p.108) e “devemos pensar o indivíduo enfatizando suas relações singulares com o meio ambiente e escutar as soluções por ele encontradas ante o sofrimento psíquico”.

Diante da teoria e das reflexões de Winnicott, o presente estudo tem como objetivo geral realizar um estudo teórico sobre a clínica psicanalítica de crianças autistas a partir da obra de Winnicott e suas repercussões na clínica psicanalítica contemporânea com essas crianças. No trabalho foram elaborados dois objetivos específicos, o primeiro visa descrever a teoria de Winnicott e o segundo analisar a influência de sua teoria na clínica psicanalítica contemporânea com crianças autistas.

Para alcançar esses objetivos, foi realizada uma revisão bibliográfica de textos de Winnicott e foi utilizada três autoras Tafuri (), Fonseca () e Januário ().

A partir de um reconhecimento da importância da teoria de Winnicott para a clínica psicanalítica, e em especial para a clínica psicanalítica com crianças,

espera-se que este trabalho venha a contribuir com a clínica psicanalítica com crianças e, mais especificamente, com a clínica psicanalítica com crianças autistas.

O presente trabalho foi então estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo, apresentam-se alguns dos principais conceitos na teoria de Winnicott, tais como, a mãe suficientemente boa, sua compreensão sobre a constituição psíquica a partir da sua teoria sobre o desenvolvimento emocional primitivo e as funções maternas. O conceito da mãe suficientemente boa é apresentado a partir da compreensão de que a mesma é aquela que se adapta às necessidades do bebê de forma adequada e suficiente, a constituição psíquica abrange os processos de integração, personalização e realização e as funções maternas abarcam o *holding*, a manipulação e o uso de objetos.

O segundo capítulo proporciona a visão de Winnicott sobre o autismo, principalmente em seu questionamento da existência do autismo como síndrome. Ele traz reflexões sobre a classificação psicopatológica e sobre a maneira de olhar o indivíduo em seu desenvolvimento. De forma inovadora, Winnicott aponta a importância da relação mãe-bebê, do desenvolvimento emocional, do ambiente e do papel do próprio sujeito no desenvolvimento da sua saúde mental.

No terceiro e último capítulo, apresenta-se as contribuições proporcionadas por esse autor e as novas técnicas e maneiras de ofertar *holding* na clínica contemporânea psicanalítica com crianças autistas como o estabelecimento da relação analítica através de vínculos sensoriais não verbais e através da imitação.

1 CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA TEORIA DE WINNICOTT

Winnicott desenvolveu uma ampla teoria a partir de uma vasta experiência com o seu trabalho de pediátra, psiquiatra infantil e psicanalista. Ele realizou atendimentos a crianças e observações da relação mãe-bebê por mais de quatro décadas da sua vida e criou uma teoria original sem deixar de lado a teoria psicanalítica já construída (FREIRE, 2012; JANUARIO, 2012).

De forma inovadora, Winnicott enfatizou o ambiente como fator originário de problemas psíquicos, deu importância ao ambiente externo e ao cuidado emocional oferecido ao bebê principalmente da mãe (GREEN, 2003) e considerou impossível pensar o ser humano em desconexão com o seu meio e com a sua relação com os outros. Até porque “quando se vê um bebê também se vê a mãe, os cuidados maternos, o ambiente” (JANUARIO, 2012, p. 60).

Ele introduziu os conceitos de mãe suficientemente boa, de *holding* e de manejo ao conferir importância à relação mãe-bebê. A mãe suficientemente boa e a preocupação materna primária são conceitos fundamentais para a compreensão da constituição psíquica do bebê. Este capítulo tem o objetivo de esclarecer esses conceitos essenciais na teoria winnicottiana.

1.1 A mãe suficientemente boa

A mãe suficientemente boa refere-se a adaptação da mãe às necessidades do bebê recém-nascido e ela permite o bebê experienciar a onipotência. Ele torna-se capaz de sentir-se o criador do que lhe foi oferecido. (ABRAM, 2001). A mãe suficientemente boa falha de forma natural em um momento específico quando o bebê já dispõe de mecanismos para conviver com frustrações e com dificuldades do seu meio ambiente. Essas falhas são saudáveis para a criança (WINNICOTT, 1966/1994). A falha materna instaura o “princípio da realidade”. Isso permite o bebê sentir e experimentar suas próprias necessidades. Além de contribuir para o desenvolvimento do seu sentimento de self, um self separado da mãe (ABRAM, 2001).

O ambiente adaptativo nos primeiros momentos favorece a constituição do sujeito e o desenvolvimento do ego. Enquanto a mãe insuficientemente boa é a

que não atende as necessidades do bebê. Ela falha e não oferece os cuidados necessários ao bebê para facilitar o seu desenvolvimento. As falhas não são sentidas como da mãe, mas como uma ameaça à existência do eu do bebê (WINNICOTT, 1956/2000).

As falhas totais possibilitam “o bebê ser apanhado por mecanismos de defesas primitivos (falso eu etc), que pertencem à ameaça de aniquilação, e os elementos constitucionais tenderão a ficar anulados (salvo quando se manifestam fisicamente)” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 405). Essas falhas prejudiciais ao desenvolvimento da criança podem permitir que a criança seja perturbada por reações a intrusões e elas causam ameaças de aniquilação, uma ansiedade muito primitiva. O prejudicial não são as falhas em si, mas as reações à essas intrusões. O ego começa a ter a capacidade de suportar frustrações somente a partir das experiências de recuperar-se das ameaças de aniquilação (WINNICOTT, 1956/2000).

A falha materna nesse momento inicial da vida do bebê promove reação à intrusão. Essa falha é grafada com “F” maiúsculo por Winnicott (ABRAM, 2000). As reações em excesso provocam uma dificuldade do estabelecimento do ego. Esse ambiente não suficientemente bom distorce a constituição psíquica do bebê e pode haver uma ausência do sentimento de realidade (WINNICOTT, 1956/2000). De acordo com Winnicott (1948/1997, p. 45), “qualquer lacuna significa doença, e a saúde realmente significa que as coisas prosseguiram no seu próprio ritmo e se completaram, e chegaram tão longe quanto poderíamos esperar que chegassem ao momento adequado”.

A mãe suficientemente boa entra no estado de preocupação materna primária. O termo preocupação para Winnicott (1963/1983) revela a importância dada ao filho e a aceitação da responsabilidade gerada pela concepção do bebê. A preocupação materna primária é um estado psicológico da mãe de extrema sensibilidade. Ela ingressa nesse estado ao final da gravidez até os primeiros meses de nascido do bebê e com o objetivo de uma adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê uma vez que ele é totalmente dependente dos cuidados maternos e do ambiente nesse momento (WINNICOTT, 1956/2000).

Esse conceito nasce da ideia de mãe dedicada comum. A mãe dedicada comum é uma experiência natural e simples. A mãe não aprende por meio dos livros

ou por meio dos médicos, ela age naturalmente. Ela sente, por exemplo, que deve tomar seu bebê nos braços ou que deve mudá-lo de posição. Ela envolve-se profundamente com o seu bebê e com os cuidados necessários (WINNICOTT, 1966/1994).

Winnicott (1956/2000, p. 401) descreve a preocupação materna primária como “um estado de retraimento ou de dissociação, ou uma fuga, ou mesmo um distúrbio num nível mais profundo, como por exemplo, um episódio esquizóide, onde um determinado aspecto da personalidade toma o poder temporariamente”. Winnicott refere-se a um estado de enfermidade e esse extremo investimento no bebê poderia ser entendido como uma patologia em outras circunstâncias.

A identificação e a regressão são dois mecanismos necessários para a mãe entrar nesse estado de preocupação. A mãe identifica-se com o bebê em um processo em nível consciente e inconsciente. Winnicott inovou ao utilizar esses dois termos de Freud nesse contexto de gestação e pós-parto (FREIRE, 2012). Laplanche e Pontalis (1988) definem a identificação como um “processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

Freud, além de considerar a identificação como um processo psicológico, concebeu como uma operação pela qual o sujeito humano se constitui principalmente pensando-se nos efeitos estruturais do complexo de Édipo e na diferenciação das instâncias do aparelho psíquico a partir do id (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

Freud (1900/1996, p. 184), desde muito cedo, explorou a identificação ao pensar nos sintomas histéricos. Segundo ele, a identificação histérica possibilita aos pacientes expressarem em sintomas suas experiências e de outros indivíduos. Esses sintomas histéricos eram vistos como imitação e como contágio mental na época. A existência de um elemento inconsciente na formação do sintoma foi uma grande novidade na teoria freudiana. Ele elucida que “a identificação não é simples imitação, mas apropriação baseada na pretensão a uma etiologia comum; ela exprime um ‘tudo como se’ e relaciona-se com um elemento comum que permanece no inconsciente”.

O conceito de identificação foi enriquecido, posteriormente, com alguns aspectos como a noção de incorporação oral, a escolha narcísica do objeto por meio da identificação e o efeito do complexo de Édipo no qual abandona os pais e substitui por identificações (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

A noção de incorporação oral foi relacionada com a identificação primária. A identificação primária é a forma primitiva de constituição do sujeito de acordo com o modelo do outro. Ela é uma identificação pré-edipiana que ocorre na fase oral primitiva como a primeira relação de objeto e essa relação é marcada principalmente pelo processo de incorporação. É considerada uma forma originária do laço afetivo com o objeto (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

A identificação para Winnicott (1960/1983) “é aquilo com que a criança começa” (p.25). A criança não se identifica com a mãe, pois não há um conhecimento de um objeto externo e não existe ainda um self, somente um self em potencial. A mãe identifica-se com o bebê e é um processo em nível consciente e inconsciente. Winnicott (1966/1994, p. 4) elucida que “comumente a mãe entra numa fase, uma fase da qual ela comumente se recupera nas semanas e meses que se seguem ao nascimento do bebê, e na qual, em grande parte, ela é o bebê, e o bebê é ela”.

Ocorrem dois processos identificatórios ao longo da construção do psiquismo materno de forma análoga, a identificação da mulher grávida com o seu bebê e com sua própria mãe (FREIRE, 2012). Assim há uma preparação psicológica da mãe através das suas lembranças de quando era uma criança por uma identificação com o seu bebê. Dentre as lembranças, há recordações da pessoa que cuidou dela e ocorre um processo de reedição de papéis, estas lembranças podem ajudar ou atrapalhar a experiência como mãe (WINNICOTT, 1966/1994).

Constata-se uma identificação cada vez maior da mãe com seu filho durante a gestação. A mãe associa o bebê à ideia de um objeto instalado e mantido dentro dela. Esse bebê adquire vários outros significados na fantasia inconsciente da mãe, mas a característica predominante é a ânsia e a capacidade da mãe de desviar o interesse do próprio self para o bebê (WINNICOTT, 1965/1982). Esse processo de identificação somente é possível pela capacidade da mulher de regredir e resgatar aspectos do bebê que ela fora de forma inconsciente (WINNICOTT, 1956/2000).

O mecanismo de regressão é, da mesma forma, fundamental para o processo de preparação psicológica da mãe para o reconhecimento das necessidades e o estabelecimento de um cuidado delicado ao bebê. Esse mecanismo na psicanálise é um processo psíquico em um percurso ou desenvolvimento que retorna no sentido inverso em um ponto já atingido antes deste e Freud distinguiu três tipos de regressão, a tópica, a temporal e a formal (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

Freud (1900/1996) introduziu a regressão nos seus escritos sobre a interpretação dos sonhos. Os sonhos apresentam-se na forma de imagens sensoriais. Os pensamentos dos sonhos têm o acesso a motilidade negado e eles regredem ao sistema perceptivo. Essa concepção requer um sentido tópico nesse contexto. A regressão tópica também ocorre em outros contextos como na alucinação e nos distúrbios da memória.

O significado temporal assumiu importância a partir das contribuições das teorias de Freud sobre o desenvolvimento psicosssexual do indivíduo. Há um retorno a etapas ultrapassadas do desenvolvimento como fases libidinais, relações de objeto e identificações. A noção de regressão formal foi menos utilizada por Freud e é a passagem a formas de expressão e de comportamento de nível inferior do ponto de vista de complexidade, de estruturação e de diferenciação. É como um retorno a modos primitivos. No entanto, Freud chega a conclusão que estas formas de regressão são apenas uma na sua base, pois o que é mais antigo no tempo é igualmente primitivo na forma e situa-se mais perto da extremidade perceptiva na tópica psíquica (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988).

A regressão, na visão de Winnicott, significa o retorno a um estágio inicial de desenvolvimento. Winnicott (1954/1993, p. 280) elucida que “a palavra regressão significa simplesmente o reverso do progresso. Este mesmo progresso constitui-se na evolução do indivíduo, da psique-soma, da personalidade e da mente (eventualmente) com a formação do carácter e socialização”. Diferentemente de Freud:

Para Winnicott, o conceito de regressão ganha uma significação própria enquanto regressão à dependência; ele faz questão de mantê-lo afastado da noção de regressão em termos do desenvolvimento da libido e de suas diversas organizações, ressaltando que se trata de um outro eixo do processo de maturação:

o que vai da dependência absoluta à dependência madura (GURFINKEL, 2001, p. 185).

Winnicott (1954/1993) recusa a exigência de regressões aos pontos de fixação da libido a fases pré-genitais. Ele acredita em uma força inata que impele o indivíduo em direção à saúde e ao desenvolvimento e enfatiza o ambiente, com seus êxitos e falhas. Winnicott detém-se não apenas a regressão a pontos bons ou maus nas experiências, mas também nos aspectos bons ou maus na adaptação do ambiente às necessidades do ego e do id na história do indivíduo.

Ele elucida que a regressão não é simplesmente um reverso do progresso. Para ele, Freud deixou a tarefa de investigar o lugar da regressão no trabalho analítico e ele dedicou-se nesses estudos. No trabalho analítico, a regressão do paciente à dependência está de modo frequente ligada a uma revisitação das experiências não verbais precoces, o que pode estar associado a mecanismos psicóticos (ABRAM, 2000).

É preciso que o paciente possua uma organização interna que lhe possibilite fazer uso do fato de estar regredido para ocorrer esse processo, pois a regressão faz parte do processo de cura, especialmente no setting terapêutico (WINNICOTT, 1954/2000). No contexto gestacional e de puerpério, a capacidade psíquica de regredir é saudável e característica da construção do psiquismo materno. A regressão tem a função de auxiliar a futura mãe a compreender o funcionamento inicial do psiquismo de seu filho por meio das lembranças inconscientes do bebê que ela fora (FREIRE, 2012).

É comum o mecanismo de a regressão ocorrer no final da gestação e nos primeiros dias após o parto no psiquismo da mulher. Segundo Costa (2006, p. 26), “não é apenas o bebê do passado que se reatualiza no momento da gravidez e puerpério, mas também toda a dinâmica relacional deste bebê com o outro que o materna”. Assim, ocorre a regressão da mulher em relação a sua criança e a sua mãe. Dessa forma, o estado de preocupação materna primária acontece em função da capacidade de regressão e de identificação da gestante com sua mãe e seu bebê (FREIRE, 2012).

Algumas condições tornam possível a entrada nesse estado como o apoio ambiental e a estrutura emocional. O parceiro, o pai da criança, a família, a equipe

de saúde do hospital, o Estado e entre outras possibilidades podem proporcionar um amparo a mulher. Além da necessidade dela ter saúde mental para desenvolver esse estado e para sair dele gradativamente. Caso ela não possua apoio ambiental e saúde emocional torna-se mais difícil a sua entrada nesse estado (WINNICOTT, 1956/2000).

Outro aspecto necessário é a preocupação com o bebê a ponto de esquecer outros interesses temporariamente, por exemplo, afastar-se do trabalho e das preocupações decorrentes dele. Há mães com preocupações muito importantes nas quais não conseguem abandoná-las para focar-se no seu bebê. Ainda pode acontecer de a mãe conseguir entrar nesse estado em uma gestação e não entrar em outra (WINNICOTT, 1956/2000). Há também, no outro extremo, a mãe que está sempre muito preocupada com o bebê. Ela permanece por um período maior identificada com seu filho e abandona a preocupação com a criança de forma súbita ao invés de ser de forma gradual (WINNICOTT, 1960/1983).

O que ocorre com as mães que não entram no estado de preocupação materna primária é que, posteriormente, elas podem tentar compensar o que foi perdido com um comportamento superprotetor. Elas têm que passar por um período de adaptação às crescentes necessidades da criança na tentativa de corrigir as distorções do passado. Winnicott (1956/2000, p. 402) explana que “em vez de terem naturalmente os bons resultados da preocupação temporária inicial, elas [...] têm que passar por um período prolongado a adaptar-se às necessidades, ou seja, mimar a criança. Em vez de serem mães, fazem terapia”.

1.2 Constituição psíquica para Winnicott

A constituição psíquica é o mesmo que desenvolvimento emocional primitivo para Winnicott. Ele elucida os estágios bem iniciais do desenvolvimento do bebê e como o bebê vai desenvolver-se mesmo com as falhas ambientais (WINNICOTT, 1952/2000). Nesse estágio inicial do bebê, ocorrem processos necessários ao desenvolvimento emocional primitivo, eles são essenciais e fundam a base da saúde mental do indivíduo (WINNICOTT, 1966/1994).

Os processos psíquicos possibilitam a constituição de aspectos do indivíduo considerados óbvios, mas que possuem um começo e condições próprias

para desenvolver-se. Os cuidados maternos e do ambiente propiciam o desenvolvimento dos processos psíquicos e uma experiência repetida de estar sendo cuidado fisicamente e emocionalmente auxilia nesses processos. Esses cuidados compreendem, por exemplo, manter a criança aquecida, a forma de segurá-la, a maneira de dar banho, o modo de balançá-la e o jeito de chamar a criança pelo nome (WINNICOTT, 1945/2000).

Esses processos podem ocorrer da forma esperada, podem ocorrer de forma não satisfatória ou essas aquisições podem ser “perdidas frente a uma posterior ruptura das condições mínimas ambientais, ou mesmo pela ação de certas ansiedades inerentes ao amadurecimento emocional” (WINNICOTT, 1958/2001, p. 20).

Os processos psíquicos são denominados integração, personalização e realização. Winnicott (1945/2000) descreve uma não-integração primária, a personalidade não está integrada em um início teórico. O bebê precisa de alguém para juntar os seus pedaços e mantê-lo inteiro. Os fragmentos de atividade e de sensação congregam-se e o bebê sente-se uma unidade integrada em alguns momentos. Até tornar possível a capacidade de afirmar a própria individualidade e a possibilidade de experimentar um sentimento de identidade pessoal. Assim, a integração compreende a integração em um EU SOU, o self. O indivíduo sente-se uma pessoa inteira e percebe o outro com uma pessoa também inteira (WINNICOTT, 1945/2000; 1966/1994).

A desintegração pode ocorrer como uma defesa organizada contra a falha ambiental e há uma “sensação de enlouquecimento” ao invés de um “sentimento de sanidade” produzido pela integração. O bebê é incapaz de controlar as angústias geradas pelas ausências da mãe e essas angústias são nomeadas de “angústias impensáveis” por Winnicott. Elas são muito primitivas e deixam marcas ao longo da vida do indivíduo (MONTEIRO, 2003).

A personalização permite a existência psicossomática através de um toque suficientemente bom. O toque amoroso, no bebê, permite a sensação de o corpo constituir-se nele mesmo e o sentimento do self estar no interior do próprio corpo (ABRAM, 2000). Através do manuseio, do acolhimento e do cuidado da mãe, há a formação da psique juntamente com o corpo, uma integração entre mente e corpo. Winnicott (1945/2000, p. 225) descreve como o “desenvolvimento do

sentimento de estar dentro do próprio corpo”. A partir desse momento, o bebê possui uma realidade externa e um esquema corporal (MONTEIRO, 2003). Um distúrbio nessa área está ligado com dificuldades na saúde do corpo geralmente e uma ruptura nesse processo resulta em uma despersonalização (WINNICOTT, 1945/2000; 1966/1994).

A realização ou uso de objetos é um processo originador das relações objetais, da noção de tempo, de espaço e de outros aspectos da realidade. O uso dos objetos de forma simbólica começa quando o relacionamento entre a mãe e o bebê é satisfatório (WINNICOTT, 1945/2000; 1966/1994). Enquanto a mãe está em estado de identificação com seu bebê, ela o protege de invasões do mundo externo e não permite uma invasão do self do bebê. Ele vai descobrindo o meio-ambiente de forma gradual. A forma pela qual a mãe e o ambiente apresentam o mundo ao bebê definem o estabelecimento da relação de objeto (MONTEIRO, 2003).

A mãe tem a função de apresentar o mundo ao bebê em pequenas porções e possibilitar a ilusão dele na criação dos objetos encontrados, uma experiência de onipotência. O protótipo da primeira relação objetual pode ser considerado a amamentação. A adaptação materna permite a mãe oferecer seu seio ao bebê no momento de ilusão do seio bom. Essa ilusão proporciona o bebê vivenciar sua criatividade e aceitar os momentos de desilusão. Nesse momento, a dependência absoluta está transformando-se em dependência relativa. O bebê começa a separar a mãe do seu self e a perceber objetos e fenômenos fora do seu controle onipotente (MONTEIRO, 2003).

Winnicott (1975) percebeu a existência de um objeto em algumas crianças com um valor crucial para elas. Esse objeto variava de polegar, dedos, punhos das mãos, babador, fronhas, bichos de pelúcia, boneca e inúmeras outras possibilidades. As crianças permanecem apegadas a esse objeto por um período de tempo e os pais reconhecem o valor dele. Eles foram denominados objetos transicionais e permitem uma ilusão de encontrar um suporte na realidade. É uma zona de ilusão entre o concebido pela criança e o entregue pela mãe e representa uma zona intermediária entre a subjetividade e a objetividade. Winnicott define como o espaço potencial na qual proporciona manter a realidade externa e interna separadas e ligadas uma da outra ao mesmo tempo. O objeto transicional simboliza a união com a mãe e a maternagem (MONTEIRO, 2003).

O objeto transicional indica um estágio de transição do desenvolvimento, procede da relação de objeto para o uso do objeto. Ele mostra que o bebê está prestes a usar os símbolos (ABRAM, 2000). Segundo Winnicott (1975), o bebê já está notadamente construindo uma diferenciação entre a fantasia e o fato, entre os objetos internos e os objetos externos, entre a criatividade primária e a percepção ao empregar o simbolismo. Esse é um caminho em direção à experimentação.

O mundo “interior” abrange o sono, o sonho, o inconsciente e a “realidade subjetiva”. O mundo “exterior” abarca o ambiente e a “realidade compartilhada”, percebida como o não-eu (ABRAM, 2000). O objeto transicional pode ter a finalidade de entreligar esses dois mundos. Apesar de Winnicott (1975) esclarecer que ninguém concebe a inter-relação entre interior e exterior de forma total:

Supõe-se aqui que a tarefa de aceitação da realidade jamais se completa, que nenhum ser humano está livre da tensão de relacionar a realidade interna com a realidade externa. O alívio dessa tensão é oferecido por uma área intermediária da experiência que não é posta em dúvida (as artes, a religião etc.). Esta área intermediária está em continuidade direta com a área do brincar da criança pequena que se ‘perde’ ao brincar (WINNICOTT, 1975, p. 241)

Winnicott relaciona viver a área intermediária com a saúde do indivíduo, revelando a importância dos fenômenos transicionais nos escritos desse autor. O conceito de fenômeno transicional revela uma dimensão do viver que não depende da realidade interna e externa, é o espaço encontrado entre as duas realidades e separam o interior e exterior. Outros termos são utilizados para denominar essa dimensão na teoria de Winnicott, eles são terceira área, área intermediária, espaço potencial, local de repouso e localização da experiência cultural. Os fenômenos transicionais existem desde o início na relação mãe-bebê e nele encontra-se a cultura, o ser e a criatividade (ABRAM, 2000).

Todos esses processos fazem parte do desenvolvimento emocional do indivíduo e é necessário alguém que exerça determinadas funções para que eles ocorram, as chamadas funções maternas. Esse assunto será discorrido na próxima seção.

1.3 Funções maternas

As formas de a mãe suficientemente boa desempenhar suas funções são descritas por Winnicott (1964/2001) como *holding*, manipulação e apresentação de objetos. O *holding* abarca as especificidades do cuidado materno que possibilitam fornecer o necessário suporte ao bebê. Esses cuidados são físicos e emocionais (ABRAM, 2000). Winnicott (1965/2001, p. 147) esclarece que o bebê é “amparado pela mãe, e somente compreende o amor que é expresso em termos físicos, ou seja, através da vida, do *holding* humano [...] estamos mais interessados no *holding* que a mãe oferece ao bebê do que com a mãe que o alimenta”. Os cuidados delicados levam em “conta a sensibilidade da pele do bebê: o toque, a temperatura, a sensibilidade auditiva, a sensibilidade visual, a sensibilidade do cair (uma ação da gravidade)” (WINNICOTT, 1960/1983, p.48).

A função de *holding* suficientemente bom inclui a preocupação materna primária e permite o bebê desenvolver a capacidade de integrar a experiência e desenvolver um sentimento de EU SOU (ABRAM, 2000). Winnicott (1956/2000, p. 148) elucida que “as experiências pulsionais oferecem uma valiosa contribuição ao processo de integração, mas o ambiente suficientemente-bom também está presente o tempo todo através do *holding*, adaptando-se suficientemente bem às necessidades que vão se modificando”.

Winnicott referia-se ao período de dependência absoluta como a fase de *holding* na qual, de preferência, haveria uma pessoa a dispensar cuidados de forma preponderante no início da vida do bebê. O ambiente de *holding* é inaugurado na relação mãe-bebê dentro da família para expandir para outros grupos sociais. O pai faz parte desse ambiente de *holding*. No primeiro momento, o pai concede apoio à mãe e, depois, há a convivência entre pai, mãe e bebê. Essa convivência refere-se à separação entre o eu e o não-eu do bebê e a capacidade de entender os pais como pessoas inteiras e separadas dele (ABRAM, 2000).

O *holding* também é chamado de sustentação. Uma característica importante no *holding* é a forma como o bebê é sustentado no colo pela sua mãe, uma experiência física e uma vivência simbólica. A firmeza do segurar demonstra o quanto o filho é amado e desejado. No início do desenvolvimento do bebê, o cuidado é feito a partir do segurar. A mãe segura no colo com firmeza, não deixa cair,

acalenta, aquece, amamenta e etc. Com a repetição desses cuidados, o bebê torna-se capaz de se sentir real. Em termos psicológicos, a mãe fornece uma sustentação egóica em um momento quando o bebê não possui seu ego integrado (MONTEIRO, 2003).

Um *holding* deficiente promove a sensação de despedaçamento, de estar caindo em um poço sem fundo, de desconfiança da realidade externa e outras ansiedades consideradas psicóticas (WINNICOTT, 1964/2001). O *holding* insuficiente pode ser decorrente de mudanças repetidas das técnicas de maternagem, falta de apoio para a cabeça, ruídos altos ou diversas outras circunstâncias (MONTEIRO, 2003). O bebê percebe e sente através da mãe quando as coisas não vão bem. Os resultados são a interrupção da continuidade do ser e o enfraquecimento do ego (WINNICOTT, 1960/1983).

A seguinte função materna é a manipulação ou handling. Ela consiste na experiência cuidadosa da mãe de entrar em contato com as partes do corpo do bebê através das mãos. É a forma como o bebê é tratado, cuidado e manipulado (MONTEIRO, 2003). Os cuidados do handling são habitualmente expressos em condutas sociais dos pais, como embalar, tocar, acalmar, falar, cantar, fazer barulhos e caretas. Essas condutas surgem em resposta ao recém-nascido que age também de forma social, com gritos, agitações, sorrisos e olhares (STERN, 1992). A ação de trocar a roupa do bebê e dar banho são outros exemplos desses cuidados que propiciam o bem-estar do bebê (NASIO, 1995).

A manipulação facilita a formação de uma parceria psicossomática que contribui para a construção do sentido do real. Enquanto uma manipulação deficiente perturba o desenvolvimento do tônus muscular e da coordenação motora, a experiência do funcionamento corporal e a sensação de ser (WINNICOTT, 1960/1983).

A apresentação de objetos é considerada a forma como a mãe oferece seu seio ou o que o bebê solicita (ABRAM, 2000). Ela marca o início da capacidade do bebê de relacionar-se com objetos. As falhas nesse cuidado atrapalham o “desenvolvimento da capacidade da criança de sentir-se real em sua relação com o mundo dos objetos e dos fenômenos” (WINNICOTT, 1960/1983, p.27).

Essas três funções e esses três processos possibilitam ao bebê passar pelos três períodos cronológicos do desenvolvimento emocional. O primeiro período é a dependência absoluta. Nessa fase, o bebê é completamente dependente do ambiente. Ele não tem consciência do eu e está em um estado fusionado com a mãe. É um período que requer os cuidados maternos e ocorre aproximadamente até os seis meses. O segundo período é da dependência relativa. O bebê ainda apresenta um grau de dependência e inicia-se a separação entre mãe e bebê. O bebê já está atento ao ambiente, tem a capacidade de espera e a capacidade de manter a mãe viva na mente. Há intercâmbio entre mundo interno e mundo externo e ele ocorre aproximadamente entre os seis meses aos dois anos. O terceiro período é o rumo a independência. Ele revela uma independência no sentido do indivíduo possuir uma existência pessoal satisfatória no ambiente e na sociedade. Porém o sujeito não se torna isolado e nunca é totalmente livre, ele vive numa interdependência com o ambiente (WINNICOTT, 1963/1983).

2 O AUTISMO

Atualmente, os profissionais da saúde utilizam a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) para classificar os distúrbios psiquiátricos na infância.

O autismo é classificado como um transtorno do espectro autista (F84.0) no DSM-V (2014). Os critérios diagnósticos são déficits na comunicação social e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamentos. Essa síndrome engloba os transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger.

Algumas características remontadas aos critérios diagnósticos são movimentos ou fala estereotipados ou repetitivos, adesão inflexível a rotinas, interesse fixo e restritivos anormais em intensidade ou foco, déficits na reciprocidade socioemocional, déficits nos comportamentos não verbais e déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos (DSM-V, 2014).

O CID-10 (1993) insere o Autismo infantil nos Transtornos invasivos do desenvolvimento (F84). Os critérios diagnósticos são desenvolvimento anormal e/ou comprometido na área de interação social e comportamento restrito e repetitivo. O diagnóstico inclui os transtornos chamados transtorno autista, autismo infantil, psicose infantil e síndrome de Kanner.

Algumas características apresentadas nos critérios diagnósticos são apreciação inadequada de indicadores sócio-emocionais como falta de respostas para as emoções de outras pessoas, falta de reciprocidade sócio-emocional, comprometimento em brincadeiras de faz-de-conta e jogos sociais de imitação, ausência de criatividade e fantasia nos processos de pensamento, rigidez, rituais e rotinas bem estabelecidas, vinculação a objetos incomuns, perturbações do sono e da alimentação, agressão, ataques de birra, autolesão e carência de espontaneidade (CID-10, 1993).

Os critérios diagnósticos do DSM-V e do CID-10 são bem similares. Eles apresentam vantagens no sentido de uniformizar a terminologia e proporcionar uma

comunicação entre os diferentes profissionais, mas eles demonstram pontos negativos ao não levar em consideração as particularidades evidenciadas pela prática clínica como a singularidade de cada criança (JANUARIO, 2012).

Orrú (2013, p. 1423) explica que esses diagnósticos enfatizam os prejuízos e o déficits de um grupo de pessoas espalhadas pelo mundo que possuem o mesmo quadro sintomático e evidenciam uma “coisificação” do indivíduo. Os termos mais encontrados são marcados pela negatividade e pela incapacidade do indivíduo de realizar diversas ações e “formam um quadro sintomático denominado Síndrome do Autismo”.

Os elementos da vida social desse indivíduo são desprezados e são apreciados de acordo com a sua funcionalidade na sociedade. Dessa forma, o indivíduo é considerado um autista e não como um ser humano com sua singularidade e individualidade (ORRÚ, 2013).

A atribuição de um diagnóstico funciona, muitas vezes, como um rótulo e pode gerar muitos efeitos no indivíduo, em sua família, em sua comunidade e na sociedade, que podem ser irreversíveis. A relação social entre o indivíduo e seus familiares e sociedade pode ser alterada profundamente (ORRÚ, 2013).

Estigmas e preconceitos são comumente desenvolvidos com percepções de menos-valia, incapacidade, infantilização, subestimação, piedade, medo, rejeição, marginalização e exclusão da sociedade. No Brasil, há a crença absoluta no diagnóstico e de que crianças com autismo são agressivas, sem capacidade de aprender e isoladas no seu mundo particular (ORRÚ, 2013).

Essas “crenças são equivocadas e revelam desinformação, preconceito e, conseqüentemente, estigma para junto à criança com autismo” (ORRÚ, 2013, p.1425). A preocupação deve recair sobre a construção de sentido e de “significado da síndrome para o indivíduo e para sua família; sobre a relação com seu corpo, sua singularidade, sua forma de ser e viver” (ORRÚ, 2013, p. 1425) ao invés de conceber o indivíduo a partir do que falta e esquecer-se dele como sujeito.

É importante ressaltar também que Winnicott chama a atenção para o ambiente em todo seu trabalho. Dessa forma, torna-se importante uma contextualização do autismo na cena atual. Dois de abril é o dia que comemora-se o Dia Mundial de Conscientização do Autismo. Os principais temas de discussões têm

sido a divulgação do conhecimento e de formas de inclusão. Em relação a inclusão escolar, há a proposta da construção de um sistema educacional inclusivo na realidade brasileira que é legalmente amparada. No entanto, as práticas cotidianas distanciam-se desse objetivo. Nas práticas inclusivas observadas, percebe-se o baixo investimento das escolas em oferecer um aperfeiçoamento interdisciplinar contínuo e a insatisfação de pais, de professores e da escola são crescentes.

A parte do trabalho clínico com crianças autistas tem sido alvo de uma disputa científica e da tentativa de dominação de um campo de saber e de prática clínica entre a psicanálise e terapia comportamental. A psicanálise winnicottiana foca-se no ambiente e em acompanhar a maneira da criança de estar no ambiente e terapia comportamental tem seu olhar mais direcionado a mudança de comportamento da criança e sua adaptação ao seu meio. As duas abordagens partem de pressupostos e lugares diferentes dificultando um diálogo e uma integração de conhecimentos, acirrando cada vez mais a situação.

Um evento recente importante foi o 1º Encontro Brasileiro de Pessoas Autistas (EBA) realizado em setembro de 2016. O EBA foi o primeiro encontro nacional protagonizado e organizado por pessoas autistas e teve como objetivo apresentar e discutir pontos importantes que afetam suas próprias vidas, promover seus direitos e suas capacidades. Não foi um encontro sobre autismo com profissionais de saúde para debater as características do transtorno e definir tratamentos. Também não foi um encontro de familiares para falar das dificuldades da criação dos filhos autistas. O EBA foi um encontro de pessoas autistas para abordar suas próprias questões e para fortalecer a construção de uma identidade com base no autorreconhecimento enquanto sujeitos de direitos.

Por fim, entende-se que compreensão dos estados autísticos e psicóticos mostra-se fundamental na clínica, mais importante do que apenas classificar. Com esse objetivo, almeja-se, nesse capítulo, compreender esses estados baseando-se na teoria winnicottiana, relacionando-o com o desenvolvimento emocional e com o ambiente. É importante ressaltar que os fatores genéticos e hereditários são também levados em conta, mas não serão amplamente abarcados no trabalho.

2.1 Reflexões de Winnicott sobre o autismo

Winnicott (1945/2000) percebe que os fenômenos encontrados nos estágios iniciais do processo maturacional são os mesmo encontrados nos chamados psicóticos. Podendo-se assemelhar bebês e psicóticos em relação à falta de constituição de si mesmo, ao estado de não-integração e à inexistência de contato com a realidade externa.

Winnicott (1965/2005, p. 96) acredita que “deve-se deixar aberta a porta para a formulação de uma teoria em que uma certa experiência de loucura, seja o que for que isso possa significar, é universal”, ultrapassando o limite entre a loucura e a normalidade. Ele conclui que há a existência da “gradação natural entre as fraquezas comuns da natureza humana e a doença psicótica. Essas doenças psicóticas representam não mais que um exagero aqui e ali, e não implicam numa diferença essencial entre a sanidade e a insanidade.” (WINNICOTT, 1952/2000, p. 311).

Sobre a essência da loucura, Winnicott (1963/1983, p. 198) afirma que “a loucura se relaciona com a vida comum. Na loucura encontramos, ao invés de repressão, os processos do estabelecimento da personalidade e da autodiferenciação ao contrário”. Dessa forma, a psicose está relacionada ao inverso dos processos maturacionais e do desenvolvimento emocional, que são a desintegração, a despersonalização, a desrealização e a perda de contato com a realidade segundo Januario (2012).

Winnicott possibilita pensar o autismo e a psicose de forma mais ampla permitindo o surgimento de novas reflexões a partir do desenvolvimento psíquico e do ambiente do indivíduo. O propósito não é identificar e descrever sintomas e déficits. Busca-se compreender o uso e os sentidos desses funcionamentos psíquicos para as crianças, respeita-as e busca oferecer condições para que elas dispensem as defesas, que dificulta o relacionamento com o outro e com o mundo.

Winnicott (1938/1963/1966; 1966; 1967) escreveu três artigos especificamente sobre o autismo, onde ele faz uma análise crítica do livro de Kanner. Ele aponta que a classificação utilizada por Kanner “é interessante e cuidadosamente elaborada, mas de alguma maneira não convence. Ela precisa de muita sobreposição e é artificial [...] e deixa de apontar ou de explicar

satisfatoriamente a normalidade de tantos dos sintomas da infância” (WINNICOTT, 1938/1963/1966, p. 176).

A falta de conhecimento sobre a psicanálise com crianças, sobre o desenvolvimento emocional infantil e sobre a influência do meio ambiente de Kanner também foi criticado por Winnicott. Ele explana que o termo autismo tem a finalidade de ser didático, possibilitando ensinar o assunto aos pediátras sem ter a necessidade de incluir o desenvolvimento emocional. No entanto, Winnicott (1938/1963/1966, p.178) questiona essa forma de ensino, porque se perde “questões que são importantes no estudo deste assunto – a saber, a teoria do desenvolvimento inicial que conduz à observação de que a saúde mental do indivíduo está sendo assentada pela mãe simplesmente através de seus cuidados totais à criança”.

Winnicott (1966/1997, p. 180) considera “muito artificial falar sobre uma doença chamada autismo”. Ele entende que a questão é complexa e explica:

O que eu gostaria de dizer é que alguém que esteve envolvido como eu estive, por várias décadas, nos mínimos detalhes da história da mãe sobre ela mesma e seu bebê, encontra todos os graus da organização de uma sintomatologia, que quando inteiramente organizada e estabelecida pode receber o nome de autismo. Para cada caso de autismo que encontrei na minha prática, encontrei centenas de casos em que havia uma tendência que foi compensada, mas que poderia ter produzido o quadro autista (WINNICOTT, 1966/1997, p. 180)

Logo depois, ele comenta que graus menores de perturbação são comuns e um certo grau de perturbação é um fato universal na pretensão de anunciar que “este é um termo clínico que descreve os extremos menos comuns de um fenômeno universal”. A dificuldade de entender deve-se ao fato segundo ele de que “muitos estudos clínicos foram escritos por aqueles que lidam com crianças normais e que não estão familiarizados com o autismo ou a esquizofrenia infantil, ou por aqueles que, em virtude da sua especialidade, só atendem crianças doentes e, em virtude da natureza do seu trabalho, não se envolvem nos problemas comuns do relacionamento mãe-bebê” (WINNICOTT, 1966/1997, p. 185).

Em relação ao cuidado ao diagnóstico, Winnicott (1959/1964) clarifica que o diagnóstico fica mais claro ao decorrer da análise e pode também alterar. Deve-se

observar a necessária elaboração contínua do diagnóstico durante o processo terapêutico e das modificações nas demandas do paciente e no tipo de clínica. Há também uma dificuldade na delimitação e no enquadramento por conta da variedade de formas clínicas. Costa (2003) refere-se às psicoses e não à psicose e Rocha (1997 apud JANUARIO, 2012) opta por utilizar o termo autismos em vez de autismo.

Para Winnicott (1966a), a melhor forma de conhecer os estados autísticos é estudar os casos clínicos, pois assim se percebe as nuances do autismo, compreende-se o início dos sintomas e contribui-se na recuperação da criança. Quando isso é feito:

O assunto logo deixa de ser autismo e as raízes iniciais do transtorno que poderiam ter-se transformado em autismo, e passa a ser toda a história do desenvolvimento emocional humano e do relacionamento do processo maturacional em cada criança com a provisão ambiental que pode ou não, em cada caso particular, facilitar o processo maturacional (WINNICOTT, 1966/1997, p. 181).

O autor associa o adoecimento mental com os processos do desenvolvimento infantil e com o meio ambiente, ou seja, com a influência do ambiente em relação à provisão ou o fracasso ambiental segundo Januario (2012).

A relação entre a constituição psíquica e a influência ambiental é outra contribuição de Winnicott. Ele afirma que o quadro clínico varia de acordo com o ambiente e chega a indagar se “a esquizofrenia pode ser o estado normal de um indivíduo em crescimento ou que cresceu em um meio ambiente dominado por pessoas com traços esquizofrênicos.” (WINNICOTT, 1965/2005, p. 97). Dessa forma, a patologia é compreendida como uma maneira de se desenvolver e de se adaptar ao próprio ambiente, porque “às vezes pode ser mais normal para uma criança estar doente do que estar bem.” (WINNICOTT, 1931/2000, p. 58). Revelando que, de acordo com o ambiente, o comportamento da criança mostra-se mais próximo do considerado normal do que do patológico.

Winnicott ressalta a importância de levar em consideração tanto o processo de desenvolvimento do sujeito quanto o ambiente no qual ele está inserido. Para ele, “normalidade significa tanto saúde do indivíduo como da sociedade, e a maturidade completa do indivíduo não é possível no ambiente social imaturo ou doente.” (WINNICOTT, 1963/1983, p. 80).

O autor relaciona ainda os estados psicóticos com o meio ambiente, que é caracterizado como os cuidados maternos no primeiro momento de vida do bebê. Esse estado ocorre quando “o ambiente não consegue ocultar ou resolver as distorções do desenvolvimento emocional, levando a criança a organizar-se em torno de uma linha de defesa que se torna reconhecível como uma entidade patológica” e que “as bases da saúde mental são lançadas na primeira infância pelas técnicas utilizadas com naturalidade por uma mãe preocupada em cuidar de seu filho” (WINNICOTT, 1952/2000, p. 305).

Alguns casos clínicos são descritos por Winnicott (1966/1997, p. 189) considerando que em todos eles houve uma dificuldade na relação mãe e bebê ou frequentes mudanças de cuidadores. Ele argumenta que “há certas dificuldades que surgem, quando coisas primitivas estão sendo experienciadas pelo bebê, que dependem não só das tendências pessoais herdadas como também do que é proporcionado pela mãe”. A proposta é que o autismo e a esquizofrenia infantil também podem estar relacionados com um fracasso adaptativo em relação aos cuidados iniciais ao bebê e com uma falha “em estabelecer contato com o bebê de uma maneira humana” (WINNICOTT, 1966/1997, p. 191).

A figura materna não é simplesmente a cuidadora do bebê, mas também o ambiente. Porém deve-se tomar muito cuidado para não culpabilizar a mãe quando Winnicott relaciona os cuidados maternos com os estados autísticos e psicóticos. Diversos fatores são levados em consideração ao versar sobre quadros psicopatológicos como a hereditariedade, o ambiente e o sujeito. Winnicott (1959/1964, p. 125) explana que “em um extremo há a hereditariedade; no outro extremo há o ambiente que apoia ou falha e traumatiza; e no meio está o indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo”. Ressaltando-se a capacidade do próprio sujeito de se desenvolver apesar de uma falha ambiental. O indivíduo participa na formação, na alteração e na manutenção do ambiente.

Segundo Januario (2012), sabe-se atualmente que o autismo tem muitas causas ou etiologias, como as genéticas e as ambientais. A relação mãe e bebê exerce influência sobre a saúde mental e a própria disponibilidade interna de cada criança também. Observa-se crianças em situações extremas de trauma que conseguem ter um desenvolvimento normal e outras acabam desenvolvendo defesas autísticas ou psicóticas apesar da disponibilidade ambiental. Há ainda

estudos e relatos clínicos que descrevem o desenvolvimento de estados autísticos e psicóticos como uma reação a situações traumáticas.

Mesmo assim, muitos pais sentem-se culpados pelo adoecimento do filho e a elaboração desse sentimento é muito importante para o processo terapêutico da criança. A responsabilização pela via do cuidado ao invés da culpabilização é mais favorável ao construir novas formas de olhar para o filho e de estar junto com ele. Além disso, a visão crítica dos profissionais envolvidos no processo como professores, equipe pedagógica e profissionais da saúde em relação ao diagnóstico permite uma participação ativa e assegura a possibilidade de mudanças (DURANTE, 2007).

Outro aspecto relatado por Winnicott é a consideração dos estados autísticos e psicóticos como defesas emocionais. Winnicott (1967/1997) explica que esses estados surgem como defesas contra recorrência da ansiedade impensável, uma ansiedade muito primitiva que ocorre antes da separação entre eu e não-eu. Ele também ressalta a importância de reviver essas ansiedades nos momentos de regressão em análise e comenta sobre o medo do colapso, um sentimento do paciente em função da ansiedade.

Januário (2012) discorre que a ansiedade impensável é um tipo de ansiedade muito presente nos estados autísticos e psicóticos. Ela também é denominada de “agonia primitiva”, “agonia impensável” e “terror sem nome”. O bebê não tem capacidade de suportar as falhas do meio no momento da dependência absoluta. As falhas não podem ser elaboradas em termos de ódio e de raiva, caracterizando uma experiência traumática. Elas são sentidas como invasões, acarretando ansiedades impensáveis e experiências de ruptura na continuidade do ser e no sentido de existir. As ansiedades impensáveis são “da ordem das sensações, não possuem representação e imagem. São sensações de vazio, de queda interminável, de cair no buraco preto, e ainda sensações de desintegração, de aniquilamento, de despersonalização, desorganização temporal e espacial” (JANUARIO, 2012, p.145-146).

3 A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS AUTISTAS

Winnicott traz diversas contribuições à clínica psicanalítica com crianças autistas. Ressalta-se o oferecimento do ambiente *holding*, a relação transferencial para além da interpretação, a mãe suficientemente boa como norteador da transferência e a importância dos vínculos sensoriais não verbais. Neste capítulo será tratado sobre a clínica psicanalítica de Winnicott e as recentes contribuições para a clínica com crianças em estados autísticos a partir dos conceitos winnecottianos e principalmente do seu conceito de *holding*.

3.1 A clínica psicanalítica de Winnicott

Winnicott transpõe o paradigma bebê-mãe suficientemente bom para compreender a relação analítica. Winnicott separa as técnicas da psicanálise em interpretação e setting. O setting analítico transforma-se em um ambiente proporcionador de *holding*. Através da sua experiência com mães e bebês, ele percebeu a diferença entre um ambiente bom e um ambiente que não é bom e notou que Freud não enfatizou o setting nos seus escritos, mas não deixou de fazer parte do seu trabalho. A conduta do analista é muito significativa na análise e a transferência e a contratransferência são aspectos fundamentais no ambiente de análise (ABRAM, 2000).

Winnicott (1961/1989) aponta três variedades clínicas de acordo com o sofrimento do paciente, decorrentes de diferentes momentos de falhas no processo maturacional e requerem diferentes formas de trabalho clínico. A primeira variedade é relacionada a pacientes que funcionam como pessoas inteiras e as suas dificuldades estão na esfera dos relacionamentos interpessoais. Esses pacientes costumam ser os neuróticos e a técnica utilizada é análise clássica freudiana, empregando a interpretação da transferência com o objetivo de tornar consciente conteúdos recalçados.

A segunda variedade são pacientes marcados por uma área de privação, eles solicitam o que eles tinham e foi lhes tirado. Eles começaram a se integrar, mas não obtiveram o sentimento de unidade. Esses pacientes podem ser neuróticos ou psicóticos. Uma tendência antissocial é geralmente encontrada pelo

fato do abandono e da privação estarem na base da tendência antissocial e da delinquência. A análise abarca a conquista de unidade, a junção do amor e do ódio e o reconhecimento da dependência. A técnica utilizada é análise clássica e o manejo.

A terceira variedade é a clínica com pacientes em estados autísticos, psicóticos, falso selfs, personalidade borderline e com graves sofrimentos psíquicos. É necessário lidar com os estágios iniciais do desenvolvimento emocional nesses casos e referem-se a uma falha anterior ao estabelecimento do self e do ego. A ênfase incide no manejo clínico e no estabelecimento do setting. A técnica utilizada é o *holding* que possibilita a regressão à dependência sem utilizar a interpretação necessariamente.

Winnicott (1961/1989, p. 85) evidencia que essa classificação pode ser muito simplista para um tema tão complexo e solicita cuidado ao utilizar essas categorizações. Ele acentua a necessidade de o analista “ser capaz de passar de um tipo de psicoterapia para o outro com facilidade, e até fazer os três tipos ao mesmo tempo, se necessário”.

O foco do presente trabalho são os estados autísticos e psicóticos, a terceira variedade clínica. Dessa forma, o *holding* será mais extensamente explanado como uma das funções do analista.

Winnicott (1945/2000) observou a não diferenciação do bebê e uma dependência absoluta do meio ambiente no momento inicial através do estudo do desenvolvimento emocional primitivo, auxiliando-o a compreensão de seus pacientes psicóticos em análise. Winnicott (1954-55/2000, p. 394) considera que “na análise dessas fases (fases ou momentos psicóticos) não é possível considerar o ego uma entidade estabelecida. Não pode, então, existir também uma neurose de transferência, para a qual certamente é preciso que haja um ego”.

O contexto torna-se mais importante que a interpretação na teoria winnicottiana e ele pode suscitar a esperança de começar a experienciar o verdadeiro eu. A adaptação suficientemente boa do analista dá a “possibilidade de desenvolvimento de um ego, de sua integração a partir dos núcleos egóicos, da sua consolidação como um ego corporal, e também do repúdio ao ambiente externo, dando início a uma relação de objetos” (WINNICOTT, 1954-55/2000, p. 396).

Observa-se na clínica com crianças em estados autísticos e psicóticos a importância do estabelecimento do *holding* em situação analítica. Para Januario (2012, p. 70), a noção de *holding* pode ser compreendida como acolhimento, contenção e sustentação a essas crianças. “É acolher, conter e sustentar determinadas experiências ao longo de um tempo sem interromper a experiência do paciente. Significa oferecer um ambiente que permita o processo de integração do sujeito”.

Caso o *holding* seja encontrado, os sentimentos agonizantes podem ser transformados em experiências positivas. Safra (1995 apud JANUARIO, 2012) explica que o *holding* proporciona confiança na realidade e no contato humano. A desintegração pode ser vivenciada como um relaxamento e um repouso, o cair passa a ser algo positivo, um movimento de ser carregado, e o morrer converte-se em uma agradável sensação de estar vivo nesses casos.

Winnicott discorre ser o objetivo da análise proporcionar um “ambiente suficientemente bom”, que se adapte à necessidade do paciente e dos seus processos de maturação, antes de fornecer interpretações com pacientes em estados psicóticos. As interpretações podem ser nocivas. Assim, a análise é compreendida como a satisfação das necessidades baseada na noção de *holding*. Uma nova forma de trabalho é desenvolvida em relação a análise freudiana em que o principal instrumento de trabalho era a interpretação.

Esse autor considera o ambiente de *holding* como o setting analítico. A atenção dispensada ao paciente e o trabalho interpretativo formam o ambiente de *holding* de acordo com as necessidades psicológicas e físicas do paciente (ABRAM, 2000). Safra (1996 apud JANUARIO, 2012) destaca que o setting é o resultado da capacidade de criação do paciente e do analista. O setting não poderá ser definido a priori, cada análise terá de ser conduzida a partir do encontro dessas duas subjetividades. De acordo com o trabalho analítico, a ênfase recairá no *holding* e no manejo.

Para Abram (2000), o manejo é o cuidado dispensado a determinados pacientes como os psicóticos no setting e na relação analítica. Ele abarca o grupo de comportamentos do analista que compreende o *holding* fornecido ao paciente. Safra (1995 apud JANUARIO, 2012) elucida ser o manejo caracterizado por fornecer um setting capaz de propiciar tranquilidade ao paciente e um ambiente livre de

invasões. Também se caracteriza por dar ao paciente o que ele necessita, mas não satisfazer os seus desejos.

As questões relativas à técnica como horário, periodicidade, férias e organização física transformam-se em ferramentas de trabalho com as noções de *holding* e manejo. Uma nova compreensão sobre o trabalho de análise é explorada:

O divã e as almofadas estão lá para que o paciente os use. Aparecerão em pensamentos e em sonhos, e nesse caso representarão o corpo do analista, seus seios, braços, mãos etc., numa infinita variedade de formas. Na medida em que o paciente está regredido (por um momento ou por uma hora, ou por um longo período de tempo), o divã é o analista, os travesseiros são os seios, o analista é a mãe em certa época do passado. (WINNICOTT, 1954/2000, p. 385).

Hisada (2002) expõe que o setting em Winnicott pode ser considerado como uma metáfora dos cuidados maternos. Ele proporciona desenvolvimento e é um lugar de acontecimento e de experiência viva. O analista é igualmente incluído e é um ambiente evocador de estabilidade, de confiança e de esperança para o paciente ter a possibilidade de se constituir como sujeito.

Os vínculos sensoriais não verbais na transferência também são tratados por Winnicott (1968/1996). Para ele, a comunicação não está estabelecida em relação à aquisição da linguagem em um primeiro momento. Há uma interação não-verbal entre mãe-bebê, a mãe está identificada ao bebê de forma que o bebê se sente compreendido. A brincadeira e a simbolização ocorrem antes do uso das palavras.

O importante nesse momento não é a mãe falar com seu bebê necessariamente, mas é a experiência de confiabilidade, uma comunicação silenciosa. A comunicação silenciosa abrange o respirar da mãe, o som das batidas do coração, a comunicação física e as expressões do rosto da mãe. Existem também as comunicações não-silenciosas por meio da melodia, do ritmo e da entonação da voz da mãe.

A confiabilidade é muito importante na integração mãe-bebê, que possibilita o bebê ser e continuar sendo. A mãe deve ser confiável no momento de dependência absoluta. A confiabilidade humana estabelece uma comunicação antes do discurso significar algo.

A psicanálise está fundamentada na interpretação verbal de pensamentos e ideias. No entanto, este método é inadequado para pacientes esquizóides e psicóticos e, nesses casos, a verbalização perde o significado. A interpretação do analista não é somente uma questão de comunicação verbal, a maneira como o analista faz uso das palavras faz toda diferença.

Na clínica psicanalítica com pacientes autistas, as palavras não concedem o *holding* necessário assim como na relação inicial entre mãe-bebê, na qual a comunicação é estabelecida por meio de vínculos sensoriais não verbais.

3.2 Reverberações winnicottianas para a clínica do autismo

A teoria de Winnicott traz grandes reflexões na clínica e na técnica psicanalítica do autismo. Os conceitos de analista suficientemente bom e *holding* fazem-se muito presentes. O ambiente-*holding* acolhe e intenta uma interação entre o analista e o paciente. Tafuri (2003, p. 163) explana que assim como é importante à mãe-*holding*, que se oferece como corpo e não somente como intérprete das necessidades do bebê, “a forma como o analista oferece o seu corpo à criança para que ela possa criar o objeto subjetivo” também é importante nessa clínica.

Januário (2012) traz um caso de uma criança, Igor, de quatro anos com diagnóstico de autismo. Ela mostra a importância dos vínculos sensoriais não verbais na clínica, mais especificamente a importância do olhar e do corpo como presença para o estabelecimento da relação analítica e para o início do reconhecimento do paciente enquanto sujeito, e, para consequentemente, a retomada de seu processo de integração.

A através do *holding* e do manejo, a autora percebeu que o olhar e o corpo se transformaram em experiências constitutivas para a criança, permitindo que a criança habitasse o próprio corpo e reconhecesse suas partes e seus limites. O corpo de Igor começou mostrar-se unificado e possibilitou o desenvolvimento da linguagem corporal. A autora discorre que ela estava também no lugar da “mãe suficientemente boa” do ponto de vista da relação analítica. Ela tentava adaptar-se às necessidades da criança e fornecia:

Holding (auxiliando o processo de integração, de tal forma que o ego se integrasse em uma unidade e tivéssemos constituição do si

mesmo) e manejo (handling) (proporcionando a personalização, com a interação dos aspectos da psique e do soma, a partir da qual o Igor adquirisse a capacidade de habitar o próprio corpo) (JANUARIO, 2012, p. 180).

A ênfase, nessa clínica, recai sobre o manejo clínico e sobre o estabelecimento de um ambiente *holding*. Essa particularidade demanda do analista uma disponibilidade emocional para deixar-se ser afetado pelo paciente, sentir as sensações da contratransferência e personificar com seu corpo o que se passa na relação analítica.

A autora também relata que a partir da teoria winnicottiana, ela começou a prestar mais atenção no tempo da criança, a respeitar a forma como ela se coloca no ambiente e a maneira como ela reage a esse ambiente. Ela começou a atentar-se ao ambiente e em proporcionar um ambiente seguro e confiável para possibilitar a criança constituir-se. Além disso, começou a ter um olhar diferenciado em relação à criança, para a sua singularidade ao invés de focar-se nos sintomas. Assim, ela passou a proporcionar um ambiente “terapêutico, afetivo e criativo” (JANUARIO, 2012, p. 155).

Fonseca (2005) apresenta a função sensorial da voz no tratamento psicanalítico de Daniela, uma criança de quatro anos de idade dentro do espectro do autismo. Ao relatar o caso clínico de Daniela, ela explicita a importância da sensorialidade da voz, anterior ao conteúdo simbólico da palavra, no processo de constituição psíquica e na formação da relação analítica com a criança. A autora resgata a importância de um ambiente de *holding* sonoro a partir da relação mãe-bebê. Segundo a autora:

A base da constituição da relação transferencial se deu pela criação do envelope sonoro entre Daniela e a terapeuta, através da melodia da cantiga de ninar. Este envelope sonoro possibilitou a Daniela vivenciar experiências de continuidade de ser com o estabelecimento do “jogo dos sons”, onde pode ir brincando com os sons antes de qualquer tentativa de atribuir significados. A voz como uma experiência sensorial nos remete às primeiras experiências do bebê, vivenciadas no próprio corpo, que vão aos poucos possibilitando que a atividade simbólica se inscreva. (FONSECA, 2005, p. 147).

A voz do analista na relação analítica é uma voz sensorial que cria um ambiente de *holding* assim como a voz da mãe na relação entre mãe-bebê e permitiu um trabalho de gestação para que a interpretação, posteriormente, tivesse

efetividade no contexto clínico. Fonseca fundamentou-se na obra de Didier Anzieu (1985) e seu trabalho foi desenvolvido através do resgate do ambiente sonoro que se estabelece na relação mãe-bebê.

A criança passou por um processo de diferenciação do eu e do não-eu primeiramente. Depois dessa fase, ela começou a emitir diversos sons. A primeira ação terapêutica da analista foi através de uma cantiga de ninar, desenvolvendo um envelope sonoro entre ela e a criança. O envelope sonoro é um conceito de Anzieu (1985), que demonstra a importância dos jogos sonoros entre a mãe e o bebê, pressupondo o comunicar como a entrada em uma ressonância e a vibração em harmonia com o outro. O envelope sonoro contribui no estabelecimento da relação transferencial e a constituição do objeto subjetivo pela sensorialidade da voz. Posteriormente, Daniela passou a nomear seus conteúdos psíquicos e a representá-los através do simbólico na linguagem e nos desenhos.

Outra forma encontrada para poder permitir uma interação com a criança com autismo é a imitação. Januário (2012) ressalta, que nesses casos, é comum defrontar-se com situações nas quais as palavras são irrelevantes e a relação analítica é estabelecida e criada por meio de vínculos sensoriais, como o corpo, a voz, o olhar e o ritmo. “A técnica clássica pode ameaçar ainda mais o paciente, levando-o a experiências de desintegração e de fragmentação” (JANUÁRIO; TAFURI, 2010, p. 68-69)

Tafuri (2003) propõe a imitação dos sons como uma técnica para entrar em contato com a criança e para criar um ambiente *holding* sonoro. A autora relata o seu caso clínico com Maria, uma criança com três anos de idade e com diagnóstico de autismo. As interpretações não obtinham resultado e ela começou a ecoar os sons emitidos pela criança. A “ação intuitiva da analista de ecoar os sons da pequena criança possibilitou a constituição de um ambiente sonoro ‘nas’ e ‘para’ as sessões” (TAFURI, 2003, p.162).

A analista enfrentou dificuldades ao não ter palavras para traduzir os sentimentos, as sensações e as necessidades da paciente. Ela escutou a criança com interesse e admiração sem necessariamente significar. A criança não brincava, não representava e mostrava-se ensimesmada e indiferente, mas tornava-se agressiva com algumas atitudes da analista e com mudanças no ambiente do consultório.

Sem palavras, a analista encontrou outra forma de estar com a criança, ela vivia em si mesma os sons da paciente. A imitação era utilizada em momentos específicos, quando a criança apresentava ensimesmamento prazeroso, que eram momentos que ela ficava mais absorvida com as sensações provenientes do seu corpo. Foi formado um “ambiente-*holding*-sonoro” que produziu efeitos terapêuticos como o estabelecimento de bordas e furos. Maria foi capaz de expressar os primeiros sinais de angústia e, depois disso, a analista pode começar a fazer interpretação. Os sinais de angústia eram relacionados com o ritmo da respiração, com o olhar, com os sons emitidos e com a tonicidade do corpo.

As sensações puderam ser codificadas antes do uso da fala e foi gerado sentido. O trabalho de imitação dos sons de Maria deu condições para ela criar gestos, novos ritmos e novas tonalidades de voz ao possibilitar o encontro ou o reencontro de sua criatividade primária. O estabelecimento do objeto subjetivo propiciou o encontro do gesto criativo. Dessa forma, ela passou a vocalizar e, ulteriormente, começou a falar as primeiras palavras.

A analista teve a oportunidade de presenciar sensações oriundas “dos sons, da respiração, dos movimentos, dos cheiros do corpo e do toque, a partir de uma dinâmica transferencial-contratransferencial” (TAFURI, 2003, p.191), estando presente sem precisar falar com alguém que não fala. As interpretações foram realizadas sem necessidade de antecipação e esse caso revela que os comportamentos estereotipados e sem fins de comunicação, considerados índices de diagnósticos, podem ser vistos como formas sensoriais de estar em contato com o meio externo.

Januário (2012) afirma ter escolhido na sua clínica com crianças autistas não utilizar a interpretação para estabelecer a relação analítica e ela constrói a relação com seus pacientes estando junto da criança ao modo dela e acompanhando-a em sua forma de estar no mundo. Segundo Tafuri (2003), o analista pode ocupar na clínica com essas crianças o lugar do “analista não intérprete”, uma forma de estabelecer a relação analítica por outros meios que não apenas a utilização de interpretações verbais. A análise da criança autista pode ocorrer sem a interpretação e sem a prevalência da palavra no primeiro momento da análise. Assim, o analista “não considera a palavra como a única possibilidade de traduzir a escuta” (TAFURI, 2003, p. 251).

Januário (2012) propõe três momentos na análise a partir dos três momentos do jogo da espátula de Winnicott (1941). O primeiro momento é o período de observação com o intuito de observar a criança e a maneira como ela se coloca na sala até ela sentir-se à vontade com a presença do analista. Depois vem o momento da imitação com o objetivo de entrar em contato com a criança por meio da identificação a partir da forma dela de estar no mundo e no ambiente analítico. Nesse momento, o *holding* e o manejo oferecidos são a partir da imitação e ela deixa pouco a pouco de ser necessária dando espaço para o terceiro momento, o brincar compartilhado. O espaço começa a ser preenchido pelo brincar através de jogos ou brincadeiras nesse terceiro momento.

A autora observa que as crianças respondem a imitação. A imitação pode ser pensada como uma maneira precoce de identificação e age como a precursora da representação de si mesmo e do outro. A técnica da imitação permite a criança sair do seu isolamento autístico e da sua recusa pela realidade compartilhada para consolidar uma relação com o outro, dando continuidade ao seu processo de desenvolvimento emocional.

Realmente percebe-se mudança na criança quando ela sente que está sendo imitada. Uma interação entre o analista e a criança é iniciada e proporciona o começo de uma relação transferencial. A imitação transforma-se em alguns casos a única maneira de entrar em contato com a criança. O recurso técnico da imitação tem tido resultados e precisa de mais estudos e trabalhos que explorem essa técnica.

CONCLUSÃO

Winnicott deu importância à relação primitiva entre mãe-bebê e ao ambiente para a constituição do sujeito. A mãe suficientemente boa é a mãe que exerce as funções maternas de *holding*, manipulação e apresentação de objetos. Ela auxilia nos processos psíquicos de integração, personalização e uso de objetos do bebê.

Ao perceber semelhanças entre bebê e psicóticos no sentido de uma falha no desenvolvimento primitivo emocional, esse autor permitiu a compreensão dos usos e sentidos do funcionamento psíquico da criança para além das descrições diagnósticas e deu a possibilidade de analisar pacientes em estados autísticos a partir de um analista suficientemente bom e de um ambiente de *holding*.

A análise proposta é feita de acordo com as necessidades e com o momento do paciente. O contexto torna-se mais importante que a técnica clássica, a interpretação. O *holding* como acolhimento, contenção e sustentação é importante para a integração do sujeito e para surgir o sentimento de existência.

A clínica psicanalítica com crianças autistas expandiu-se a partir das contribuições de Winnicott. Destaca-se a noção de *holding*, a relação transferencial para além da interpretação, o modelo da “mãe suficientemente boa” como norteador da transferência e a importância dos vínculos sensoriais não verbais.

A clínica contemporânea com crianças autistas tem se expandido a partir de Winnicott. Januário (2012) traz a importância dos vínculos sensoriais como o olhar e corpo, Fonseca (2005) apresenta a relevância da sensoriedade da voz ao formar um ambiente *holding* sonoro e Tafuri (2003) propõe o recurso técnico da imitação. Todas essas formas de estar com a criança permitem a formação de um ambiente de *holding*, o estabelecimento da relação analítica e a constituição psíquica do paciente. Somente com uma postura de respeito com a singularidade da criança, um ambiente de *holding* pode ser oferecido e pode haver uma possibilidade de uma terapêutica com afeto e com eficácia.

REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. **A Linguagem de Winnicott**: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais**: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANZIEU, D. **O eu-pele**. Trad. Zakie Yazigi e Rosali Mahfuz. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1985.
- BLEULER, E. **Demencia precoce**: el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Paidós, 1911.
- CAVALCANTI, A. E.; ROCHA, P. S. **Autismo**: construções e desconstruções. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- CID-10. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- COSTA, I. I. **Da fala ao sofrimento psíquico grave**: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. Brasília: Positiva, 2003.
- COSTA, J. F.F. **Transparência psíquica**: experiência de transformação materna, uma perspectiva psicanalítica. 2006. 125 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- DURANTE, J. C. **O discurso do especialista sobre o lugar dos pais na clínica do autismo**. 2007. 296 f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.
- FONSECA, V. M. L. **Uma voz na escuridão**: a função sensorial da voz no tratamento psicanalítico da criança autista. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
- FREIRE, T. C. G. P. **Transparência psíquica em nova gestação após natimorto**. 2012. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 11.
- FREUD, S. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: _____. **Obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12.
- GURFINKEL, D. **Do sonho ao trauma**: psicossoma e adições. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

GREEN, A. **Winnicott Póstumo: ensaio sobre a natureza humana**. São Paulo: Rocca, 2003.

HISADA, S. **Clínica do setting em Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

JANUÁRIO, L. M. **Transferência e Espaço potencial: a relação analítica com crianças em estados autísticos e psicóticos**. 2012. 200f. Tese (Doutorado em psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

JANUÁRIO, L. M.; TAFURI, M. I. A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 57-70, 2010.

KANNER, L. (1943). Os distúrbios do contato afetivo. In: ROCHA, P. (Org). **Autismos**. São Paulo: Escuta, 1997. p. 111-170.

KLEIN, M. (1930). A importância da formação dos símbolos no desenvolvimento do ego. In: **AMOR, culpa e reparação e outros trabalhos: obras completas de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.1. p.249-264.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: M. Fontes, 1988.

MONTEIRO, M. **Um coração para dois: A relação mãe-bebê cardiopata**. 2003. 103 f. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

NASIO, J. D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan**. São Paulo: J. Zahar, 1995

ORRÚ, S. E. O perigo da supervalorização do diagnóstico: rótulos introdutórios ao fracasso escolar de crianças com autismo. **Gestão e Saúde**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 1699-1709, 2013.

STERN, D. **O mundo interpessoal do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TAFURI, M. I. **Dos sons a palavra: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista**. 2003. 212 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

WINNICOTT, D. W. (1931). Notas sobre normalidade e ansiedade. In:_____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p.57-76.

WINNICOTT, D. W. (1938/1963/1966). Três revisões de livros sobre autismo. In: SHEPHERD, R; JOHNS, J; ROBINSON, H. (Org.). **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 175-178.

WINNICOTT, D. W. (1941). A observação de bebês numa situação padronizada. In:_____. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 112-132.

WINNICOTT, D. W. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In:_____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-232.

WINNICOTT, D. W. (1948). Introdução primária à realidade externa: os estágios iniciais. In: SHEPARD, R.; ROBINSON, H. T.; WINNICOTT, D. W (Org). **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artemed, 1997. p. 45-50.

WINNICOTT, D. W. (1952). Psicoses e cuidados maternos. In:_____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 305-315.

WINNICOTT, D. W. (1954). Aspectos clínicos metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. In:_____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: F. Alves, 1993. p. 374-392.

WINNICOTT, D. W. (1954). Retraimento e regressão. In:_____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 347-354.

WINNICOTT, D. W. (1954-55). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In:_____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-392.

WINNICOTT, D. W. (1956). Preocupação materna primária. In:_____. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

WINNICOTT, D. W. (1958). O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional. In In:_____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: M. Fontes, 2001. p. 3-20.

WINNICOTT, D. W. (1959-64). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In In:_____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 114-127.

WINNICOTT, D. W. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In:_____. **Ambiente e seus processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1961). Tipos de psicoterapia. In:_____. **Tudo começa em casa**. São Paulo: M. Fontes, 1989. p. 79-86.

WINNICOTT, D. W. (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In:_____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 79-87.

WINNICOTT, D. W. (1963). O desenvolvimento da capacidade de preocupar-se. In:_____. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 70-78.

WINNICOTT, D. W. (1963). Os doentes mentais na prática clínica. In:_____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 196-206.

WINNICOTT, D. W. (1964). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In:_____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: M. Fontes, 2001. p. 21-28.

WINNICOTT, D. W. (1965). **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1982.

WINNICOTT, D. W. (1965). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 94-101.

WINNICOTT, D. W. (1965). Influências de grupo e a crianças desajustada: o aspecto escolar. In:_____. **A família e o desenvolvimento do individual**. São Paulo: M. Fontes, 2001.

WINNICOTT, D. W. (1966). Autismo. In: SHEPHERD, R., JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (Org). **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 179-192.

WINNICOTT, D. W. (1966). A mãe dedicada comum. In:_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: M. Fontes, 1994. p. 1-12.

WINNICOTT, D. W. (1967). A etiologia da esquizofrenia infantil em termos de fracasso adaptativo. In: SHEPHERD, R., JOHNS, J.; ROBINSON, H. T. (Org). **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 193-196.

WINNICOTT, D. W. (1968). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In:_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: M. Fontes, 1996. p. 79-92.

WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In:_____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 13-44.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.